

N.	Roles	Organisations
3	Specialist	Director of regional commission for the revision of the Fund for non-self-sufficiency

Sardegna e politiche sociali

In Sardegna fino alla metà degli anni '90 c'è stato un movimento fortissimo sulle politiche sociali. I punti di riferimento erano don Cannavera, il professor Alberto Merler. Io facevo un po' da trait d'union. Tieni conto che in quegli anni c'erano tutta una serie di enti nazionali che venivano sciolti: l'ente nazionale di assistenza agli orfani, l'INA Casa, le IPAB [...]. Tutti questi sono stati riversati alla Regione o ai Comuni. Le norme nazionali viravano verso i territori [...]. Questo tessuto è stato molto valorizzato. [...] Il patrimonio di conoscenze è... per essere una Regione... abbiamo delle forme di eccellenza nel campo sociale che non abbiamo in altri campi.

C'è un modo di intendere le politiche sociali che è identico a quello di altre Regioni. Vuol dire quello che abbiamo imparato è stato riportato a livello regionale. Non c'è uno scarto tra quello che sono le elaborazioni più avanzate, a livello tecnico e di esperienza, e quello che si fa normalmente in Sardegna.

Cultura della domiciliarità

C'è un'altra parte delle politiche sociali che insiste sull'intervento categoriale, sull'intervento residenziale. Tutto è attenuato dalla presenza maggioritaria di un modo diverso di intendere le cose. Abbiamo una percentuale di inserimenti in strutture residenziali molto bassa che può anche darsi che sia dovuta al fatto che non abbiamo sviluppato un mercato attivo, non hai delle imprese capaci. Molto dipende dal fatto che c'è una cultura della domiciliarità molto diffusa. Può anche darsi che sia espressione di una vecchia cultura comunitaria. È anche una cultura sociale diversa. LA 162 se si è affermata in questo modo, e anche altri interventi, è perché si ritiene che questo sia un modo di operare.

Può succedere che nella pratica diventi assistenzialismo. Ma è un divario che gli operatori sociali soffrono. "Io ti do i soldi, dovrei fare un progetto di intervento, ma non ce la faccio". Ne soffrono di questa distanza. Nessuno direbbe: "Lo faccio perché contano solo i sussidi economici".

Comportamenti opportunistici

La Sardegna ha una struttura produttiva molto debole. [...] Le famiglie devono procurarsi dei redditi, le politiche sociali svolgono un ruolo che integra il reddito familiare di numerosissime famiglie. Se sommi tutti gli interventi che noi riceviamo sia a livello nazionale che a livello regionale (indennità di accompagnamento, pensione sociale) noi abbiamo delle spese sociali molto molto elevate. Alcune di queste hanno un carattere innovativo, ma molte altre sono delle integrazioni al reddito. C'è uno stato di basso reddito.

Si sta sviluppando tutta una forma di comportamenti opportunistici, soprattutto in alcune zone della Sardegna, in cui la pressione per avere un reddito familiare per partecipare ai consumi è molto forte. In certe aree dove è avvenuta la crisi industriale, agricola o della pastorizia, le persone vogliono mantenere quel livello di redditi e in qualche modo si usufruisce delle prestazioni assistenziali in termini sostitutivi. Ma per ottenere quel livello di prestazioni assistenziali devi mettere in moto tutta una serie di comportamenti opportunistici. "Io ho quest'invalidità, basta che tu racconti a medico di turno che hai un dolore, che non puoi alzarci la mattina". E poi diventano fatti collettivi. Diventa una cultura opportunistica.

Tutto questo ha delle conseguenze sulle politiche sociali. Tu le offri in un certo modo, ma io le vorrei in un altro. Nell'interazione... la stessa 162 te la offro come progetto personalizzato, ma tu fruitore del progetto personalizzato non te ne frega niente.

Politiche sanitarie e sociali

Oggi, in Sardegna abbiamo uno standard di copertura del bisogno molto elevato. In questo senso, in termini sociali. Una famiglia che ha una persona con disabilità cosa trova in Sardegna? Se guarda dal punto di vista dei servizi sanitari, trova pochissimo e male. I servizi di riabilitazione, la neuropsichiatria sono a dei livelli non accettabili. Alcune strutture private che operano nel settore non lavorano bene, in maniera non adeguata. [...] Se io invece dirigo lo sguardo ai servizi sociali, la situazione cambia notevolmente. Hai un supporto che onestamente è notevole. Una famiglia che ha un problema di SLA, con una persona allettata, che non può fare nulla, riceve dei sostegni estremamente elevati. Arriviamo a 60 mila euro l'anno, con il Ritornare a casa.

Dipende anche dalle patologie. Ci sono alcune associazioni capaci di rappresentare pubblicamente alcuni disabili.

La disabilità intellettiva grave non ha alcuna risposta. Non hai risposte sanitarie.

C'è stata una funzione di supplenza di organizzazioni private, con una copertura politica molto forte, e hanno tolto molto spazio all'iniziativa pubblica e sostituendola con un'iniziativa privata di bassissimo valore.

Il centro diurno non funziona. Lascerebbero le persone a dormire tutto il giorno.

Legge 162

Tutto è iniziato con cifre talmente basse, si faceva un avviso ai Comuni di inviarci dei progetti di carattere sociale. Era il 2000, il 2001.

Mi sono iniziato ad occupare di 162 nel 2003. E ho detto: "incominciamo a ragionare in maniera più tecnica". La disabilità non la misuriamo più in termini di patologia, ma in termini su quanto produce nella vita quotidiana. Ho una patologia, ma questa può anche non produrre nulla. Io sono in grado di vestire, di camminare. Oppure mi può dare tutta una serie di problemi. Inizialmente avevo chiesto all'istituto Negri una scheda di valutazione e l'avevamo contestualizzata e proposta ad un gruppo di lavoro a cui partecipavano anche l'ABC, diverse associazioni. Prima si dava un contributo solo sulla base della disabilità grave. [...] Si è incominciato ad utilizzare questo sistema: i progetti devono arrivare insieme ad una scheda di valutazione che deve essere compilata in tutti i suoi aspetti. E questa scheda di valutazione valuta le diverse dimensioni di vita, sia la parte sociale che quella salute. Ti parlo del 2002, 2003. Per un po' ha funzionato. Ha incominciato a crescere enormemente: un sistema pensato per 3.000 casi, quando te ne trovi 12.000. Cambia. Nel 2004-2005 abbiamo rimodificato, sempre con ABC, la Fish e altre associazioni.

Io con l'ABC ho sempre avuto un rapporto di collaborazione. Loro hanno una cultura dei servizi sociali, della domiciliarità corretta, su cui ci si può confrontare. Naturalmente io stando dalla parte della Regione devo anche preoccuparmi di non essere... loro tendono per la disabilità. [...] Ognuno fa la sua parte.

La revisione del 2004-2005 ha migliorato le due schede con tutta una parte di aspetti che hanno consentito poi di rilanciare di nuova.

La 162 copriva la disabilità media, grave, ma non stiamo parlando di quella che toccava delle funzioni vitali.

Il Ritornare a casa è stata modificata ed è diventata un “Restare a casa”. Si è finanziato le situazioni gravissime che altrimenti non avrebbero potuto rimanere in casa. Gli si garantiva un sostegno molto più corposo.

Data di svolta

Tutti questi strumenti con il cambio di maggioranza non sono stati usati. Era il 2009. La nuova giunta ha semplificato tutto.

La non autosufficienza

Escludere gli anziani nel 2006 dal Fondo per la non autosufficienza sarebbe stato complicato. In verità esiste una delibera che istituiva due fondi, uno per i minori, ma non è andato avanti. Non so perché.

Adesso si vorrebbe con il nuovo sistema dividere. Ma sugli anziani hai una pressione molto forte dei sindacati che in qualche modo preferiscono mantenere questa situazione piuttosto che avviare un nuovo fondo con tutti i rischi, con pericoli di sotto-finanziamento. In verità, preferiscono lasciare un fondo unico che in qualche maniera evita che ci siano i tagli.

I poveri non vanno mai lasciati da soli, in modo che tu fai un provvedimento che non riguarda solo i poveri, ma la base elettorale sia talmente ampia che...

Il nero non c'è. Se vuoi i soldi devi presentare le fatture.

Dirindin

Stiamo parlando di una fase in cui noi avevamo una disponibilità di soldi spaventosa. E poi c'era una disponibilità della Dirindin e di Soru di finanziare il sociale senza il problema. Allora avevamo molti soldi. Noi avevamo una vertenza con lo Stato da circa vent'anni che non veniva riconosciute delle quote di IRPEF e IVA e con il governo Prodi ce lo aveva risolto.

Fondo per la non autosufficienza

Il Fondo per la non autosufficienza comprendeva anche degli interventi categoriali degli anni '80. Degli interventi economici rilasciati a persone con patologie indipendentemente al fatto che queste patologie avessero ridotto le loro capacità di, per esempio, deambulazione. La talassemia ha avuto un'associazione fortissima in Sardegna che è riuscita a farsi approvare una legge che in qualche maniera prevedeva una ricompensa rispetto alla diminuita capacità di lavoro. Poi sono seguiti i nefropatici, poi le persone con disturbo mentale. Si era creata questa base di interventi categoriali. Tre patologie che venivano ricompensate con sussidi economici di un certo rilievo. E questo non si è mai avuto il coraggio... per lo meno di trasformare. La patologia è il requisito, però non si è mai verificato che questa patologia ti impedisce una serie di cose.

Dovrebbero essere dentro la 162.

È difficilissimo attaccare un diritto acquisito.

Incide sui 60 milioni.

È mancata la manutenzione e il monitoraggio di questi programmi. Questi programmi sono stati pensati in periodi generosi, in cui avevamo una serie di risorse. La 162 non è stata tagliata, anzi la giunta di centro-destra ha incrementato i fondi. Però ha lasciato andare. L'impatto del Ritornare a casa è stato travolgente. Noi avevamo previsto che il supporto fosse al massimo di 20.000 euro. Hanno aggiunto piano piano, stratificando. La giunta di centro-destra non ha modificato un programma regionale: ha preso i programmi di prima, li ha svuotati. Non è entrata nel merito, ne ha ampliato gli spazi di accessibilità, la generosità del contributo. Senza introdurre delle soluzioni tecniche necessarie. La scheda di valutazione pensata nel 2003 chiaramente era una scheda che ognuno si girava come voleva. "Stai attento alla domanda 3". C'erano troppi comportamenti opportunistici, che bisognava affrontare. Nel nuovo sistema le schede sono state completamente cambiate. Si era sviluppata una cultura opportunistica davvero inaccettabile.

Quanto sarà il comportamento opportunistico?

Il 10 massimo 15%. Tutta la spesa pubblica quando cala in una realtà impoverita, è chiaro che si sviluppano dei comportamenti opportunistici. È fisiologico. Chiaramente la puoi ridurre. Io credo che il nuovo sistema cambi molte cose. Renda molto difficili certi atteggiamenti, ci sono delle modalità di valutazione.

Nuovo sistema

Il nuovo sistema è stato fatto per differenziare in maniera equa. Adesso io davo 100 a chi stava malissimo e a chi stava malino, con degli errori di appropriatezza straordinari. E poi per meglio legare la sanità al sociale. Legare di più il sanitario al sociale e fare un discorso complessivo. Il sociale non è sostitutivo del sanitario, devono essere sinergici. Io devo sapere se questo bambino down ha bisogno di riabilitazione oltre che di contributi economici di un certo tipo, o della badante o di un educatore.

Il progetto viene dato all'UVT, la valutazione e l'indicazione di massima.

Il processo a regime sarà così: le persone si riferiranno all'UVT. L'UVT comprende una serie di professioni differenti. Tra l'altro queste persone arrivano con... Mentre prima si riferivano solo al medico di famiglia, con tutti i rischi... Progressivamente andranno tutti all'UVT: quando si tratta di minori arriveranno con delle schede valutative classiche, che vengono utilizzate in tutto il mondo, la Vinegard e altre, che vengono utilizzate per stabilire il livello di disabilità intellettiva, fisica. Verranno valutate dall'UVT e l'UVT esprime una prima esigenza di ordine tecnico sulle esigenze di questa persona: "questa persona ha bisogno di un educatore, ha bisogno di essere assistito per un certo numero di ore, non può stare da solo...". Questo sarà quello che scrive l'UVT, in termini tecnici ovviamente. Queste indicazioni di massima, a cui partecipa anche l'assistente sociale del Comune, vengono poi

Il bambino arriva con una documentazione già standardizzata. Se io porto mio figlio con disabilità intellettiva, devo arrivare con il risultato della Vinegard, o altro, che le famiglie devono aver compilato con il medico di base. Su questa base l'UVT stabilisce cinque livelli di isogravità e dà indicazione di massima sul progetto.

Questo viene inviato all'assistente sociale del Comune che insieme alla famiglia traducono tutto questo. Il primo anno il livello di isogravità viene comunicato alla fine del processo valutativo: quindi io non so se il budget per il livello 5 sia di 15 o di 12 o di 17. Quindi, quando la Regione comunica all'assistente sociale a che livello di budget corrisponde l'isogravità 5, allora può scrivere

il progetto personalizzato.

In base a tutte le valutazioni che stanno dentro il SISAR noi possiamo dire quante persone sono state messe al 5° livello, quante al 4°. Quindi a ciascuna riesci a dare una valorizzazione. Data una valutazione, tutti i 5° livello avranno lo stesso budget.

Tutti gli anni potrebbe cambiare la valorizzazione?

Dipende dal bilancio. Abbiamo un bilancio che viene approvato dal Consiglio Regionale. Noi non sappiamo se questo bilancio l'anno prossimo sarà di 117 o di 125. Però le variazioni sono... la 162 anche in questa fase di crisi aumenta. L'unico problema è che può aumentare di molto il numero dei richiedenti. Nella sostanza si è stabilizzato.

Altre schede di valutazione vengono compilate dall'UVT.

La scheda sociale viene compilata dall'assistente sociale successivamente.

La progettazione diventa triennale.

Problema di individuazione della differenza. C'era una rilevanza del sociale sulla scheda salute.

Scheda sociale ha subito delle modifiche per allargare le fila.

Perché il sistema sia tecnicamente più solido

Approccio individualistico vs comunitario

La 162 ha un approccio individualistico: io affronto i problemi di una persona specifica che è venuta, però magari questa persona abita in un caseggiato con altre 5 persone che hanno la stessa problematica, ma questi 5 progetti non si incontrano. Si vuole favorire l'aggregazione dei progetti, lasciato alla libertà delle persone, facilitato con incentivi. Se 5 persone vogliono utilizzare il progetto della 162 e vogliono svolgerlo insieme... Utilizzo il budget individuale in modo più collettivo. Più comunitario, più condiviso.

L'associazione Peter Pan ha messo insieme i budget e li ha utilizzati per centri diurni e centri residenziali, questi con altri fondi, e le famiglie trovano qui del personale formato.

Noi abbiamo sempre pensato due estremi: da una parte la residenzialità e dall'altra la domiciliarità, però mentre la residenzialità è bene o male standardizzata, la domiciliarità sta diventando molto diversa. La domiciliarità del singolo che sta a casa da solo è solo una delle forme di domiciliarità. Ce ne sono altre migliaia, che la 162 potrebbe facilitare. Potrei utilizzare la 162 per favorire delle forme di residenzialità solidale. Sviluppare il concetto di domiciliarità. Domiciliarità non vuol dire stare nella propria casa mattina e sera con la propria badante.

C'è la maturazione di altre forme di assistenza che la 162 non riesce a ricomprendere.

Quando 5 progetti individualizzati si aggregano, la Regione può dire "li incrementano del 10%", mantenendo la struttura, tutta la scelta individuale.

Non prevede l'aggregazione.

Nascondono un taglio molto grosso, insomma.